

臨床社会学試論 —社会病理学との関連において—

中村 正*

従来の社会病理学理論は危機にある。それを乗り越えるために臨床社会学が構想されている。しかし、その臨床社会学がいかなるものであるのかについて輪郭は定かではない。今後その重要性を増すであろう臨床社会学を精緻なものにするという見地から、本稿は、臨床社会学は問題解決志向や実践志向を有していること、社会学的知見を活かして臨床実践の過程について吟味すること、臨床に役立つ社会学的な援助実践が提示できなくてはならないことを主張している。しかし、臨床実践がマクロな視野を失うと、個人の社会への再適応ということにしかない。社会構築主義の洗礼を受けた社会学の時代に臨床社会学を名乗る以上は、社会や環境がもつ障害性を解決する見通しを同時に明示化できなければならないこともあわせて主張している。そして、その障害性の検討こそが臨床社会学を支える基礎学としての社会病理学の固有の役割だとも考えている。臨床社会学が前景化すればするほど新しい意味での社会病理学の復権が必要となるというのが本稿の内容である。

キーワード：社会病理学，臨床社会学，社会統治，烙印

目次

はじめに一論じたいこと—

1. 社会病理をとおした〈社会統治〉と生=権力
 - 1) 新しい問題としての再構成
 - 2) 社会病理現象の機能分析と援助的課題の抽出
 - 3) 社会制度の再編成
 2. 社会病理学が問うべきこと—共生態への関心—
 3. 臨床の社会性を問うこと
 - 〈場〉を対象とした臨床社会学の方向へ—
- おわりに

はじめに一論じたいこと—

日本社会病理学会が『社会病理学講座』全4

巻を編んだ。その第4巻は、『社会病理学と臨床社会学——臨床と社会学的研究のブリッジング』と題されている。「社会病理学への臨床社会学の貢献はいかにして可能か」という問題意識の第4巻は、今後の社会病理学のあり方への貴重な問題提起となっていると思われる。「社会病理学の再生の条件を探る」ことを目的にしたこの書は、ある「危機意識」にもとづいている。社会病理現象が多様化し、「社会の臨床化」とさえいわれる時代であるにもかかわらず、学会の低迷、つまりは社会病理学理論の閉塞があることを意識した内容となっている。そこで打開策が、臨床社会学のほうへと志向されていく。社会病理学の閉塞を臨床社会学によってなんとかしたいというのである。社会病理学を越

* 立命館大学産業社会学部教授

えて、あるいは、社会病理学に代位して、臨床社会学がその行き着く先にあるという発想である¹⁾。

とはいえ、臨床社会学が臨床化する社会の分析であるにしろ、臨床的援助についての社会学的研究であるにしろ、それがいかなるものであるのかについてはまだ合意はなく、おのおのの臨床社会学が語られているのが現状である。

筆者は、臨床を名乗るからには、援助実践の現場がなければならないと考えるものである。当然それは、臨床実践をおこなう諸学（医学、看護、臨床心理など）とは異なるものである。また、臨床哲学、生命倫理、保健医療社会学や福祉社会学などの領域で類似の関心もうかがえるのでそれらとの異同も明確にする必要がある。したがって、社会学の内部で、社会学的知見を活かして、臨床実践について吟味すること以上の展開が必要だと考えている。つまり、臨床の諸課題に有効に機能する社会学的な援助実践ができなくてはならない。臨床実践をとおして、個人の生き辛さへの援助から見えてくる、社会や環境がもつ障害性を明示し、解決する見通しをどう提示できるかの検討が、臨床社会学を標榜する際には重要であるし、その障害性の検討こそが臨床社会学を支える基礎学としての社会病理学には求められていると考える。

くわえて、クライアントの生活の質（QOL）、慢性化する疾患や障害へのケア、ケアする者のケアニーズ、コミュニティケアニーズなど福祉、看護、医療の臨床諸分野においても、社会性や共同性の様態を問い直す主題が数多くみられることを考慮すると、本来はその社会の障害性（関係性の病み）を問いうる位置にある社会病理学の危機意識は、社会病理学者の感度の低さや理論的努力の欠落を表明するものでしかな

い。筆者は、臨床社会学を打ち立て、その方向へと目を向けることで、社会病理学のありうる可能性を消去しない、社会病理学としての役割の再確認が臨床社会学を志向するその前に必要なのではないかと考える。そうしないと何のためのいかなる臨床であるのかが見えなくなる。

しかし、社会病理諸現象は、現代の社会学にとっては避けて通れない社会構築主義の恰好の素材を提供している経緯があることも看過できない。いわば社会構築主義の「草刈り場」として社会病理学の言説が批判の俎上に乗せられていることの考慮である。たとえば、「虐待が深刻化している」、「離婚は社会病理である」、「同性愛は社会病理である」として言説化し、あるいは社会病理の原因に社会解体や家族解体を強調し、コントロールする側の視点が前景化しやすい古色蒼然たる言い方にみえる、あるいはそうしたことを連想させる社会病理学という言葉を用いることを躊躇させる作用があることを無視できない。その結果、社会病理学が「逸脱行動の社会学」や「社会問題の社会学」へと言い換えられることとなり、概ねそうした水準で理論動向は推移しているように思える。

したがって、社会構築主義の先例を受けたあとでもなお社会病理学として何かを語りうるのであれば、それはどのようにして可能なのかが問われているということになる。つまり、そうした言い換えでは十分ではない何かがあることをここでは検討してみたい。それを浮かび上がらせるために臨床社会学という言い方をして見えてくることがらをとおして社会病理学の可能性について検討をしてみたい²⁾。筆者は、逸脱行動を生成させる環境、つまり社会的排除や社会的差別、構造的暴力、心的外傷の社会性の諸相を徹底して記述することにこそ社会病理学を

名乗りながら対象化すべき事項があり、さらにそうしたことを発現させる共同性の動態を記すことに存在意義があるのではないかと考えている。問題解決への実践志向を有した臨床社会学として語ることの有効な局面が増えれば増えるほど、その基礎的知識を提供するものとしての社会病理学が必要となるのではないだろうかという意味である。

1. 社会病理をととした<社会統治>と生=権力

そうした意味での社会病理学が求められているということの背景には、暴力の波状的連鎖という国際社会の状況から、家族の中の暴力に至るまでの、不安と危険が増しているように現代社会が語られる点がある。「ヘイト／フォビア」として描いた伊藤の指摘を踏まえると³⁾、この相は確実に、社会の病理性を表象している。「ヘイト／フォビア」は、社会の側の不安の投影であり、抑圧、否認、排除を体現した集合心性だからである。その不安を煽る中軸として社会病理が取りざたされる。家族の崩壊、地域の衰退、個人主義の跋扈というレトリックの隆盛である。外国人の犯罪、精神障害者や発達障害者の触法行為、家庭内暴力、凶悪な少年事件などが社会病理の核として語られ、社会統制の手段として社会病理対策の必要性が位置づけられていく。あるいは語られないことも含めて、ミシェル・フーコー的な意味での「社会統治（ソーシャルガバナンス）」としての生=権力が生成する「磁場」の中心に社会病理がおかれ、不安を中心軸にして共同性の様態の変化が語られている事態だといえるだろう。「善き生 well-being」をめぐるヘゲモニーとも言い換えることができる。それを端的に示す問題群を検討し

てみる。それは、一連の触法行為や不法行為についての認識枠組みの拡大に係わっている。例えば、虐待（子ども、老人、障害者などへの）、ドメスティック・バイオレンス（以下、DV）、ストーキング行為、セクシャルハラスメント、教師の体罰、職場でのパワーハラスメントなどの問題群の生成である。そう一括して総称することのラベルの是非と可否はあるが、何らかの対応が必要だということで、矢継ぎ早といっても過言ではないほどに、各種の法律や制度が構築されている（その多くは議員立法である）ことから社会の混乱の様子がわかる。

これは「私的領域」「親密圏」「非法領域」の公共化と位置づけられる。そして、従来の個人の病理を前提にした社会病理の語られ方に比べると、「関係性の病み」を射程に入れなければならない主題群であるという特徴がある。母子臨床にはじまり学校・教育臨床、被害者ケア、コミュニティケア、家庭内暴力加害者処遇、にいたるまで、その対象には関係性と相互作用の「歪み」や「偏り」があるということである。こうした関係性の病みを援助の対象にすることで、個人へと責任を帰する伝統的な治療や臨床を脱構築することが可能となる。この一連の相をそのスペクトラムのなかに臨床社会学として描写しきることが重要となる。ここではそうした見地から、家庭内暴力を素材にして、社会病理学と臨床社会学がどのように交差するのか検討する。

1) 新しい問題としての再構成

「児童虐待の防止等に関する法律」（平成12年）、「ストーカー行為等の規制等に関する法律（ストーカー規制法）」（平成12年）、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法

律」（平成13年）がある。また、障害とかかわる反社会的行動への対応も、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（平成15年）⁴⁾や、自閉症などの発達障害のある青年の触法行為をも契機として、支援をより明示化した「発達障害者支援法」（平成16年）もこうした流れの一環にくわえることができる。自治体レベルでは子どもの非行行動に対する親の責任を強化する「神奈川県青少年保護育成条例」も同じ主旨をもつ。非行少年の親への監督指導責任を強化するためのイギリスの「ペアレンティング・オーダー」（Parenting Order, 1998年）が参照されることも多い⁵⁾。

また、犯罪被害者の権利を保護するための「犯罪被害者等の保護を図るための刑事手続きに付随する措置に関する法律」（いわゆる「犯罪被害者保護法」）と刑事訴訟法、検察審査会法の改正（「犯罪被害者保護関連3法」，平成12年）とともに社会の関心を集めている被害者の権利や心理的な傷への補償など新しい課題も被害と加害の認識フレームを強化していることとなり、多様な暴力、事故や事件などで傷ついた被害者の情動から制度までへの多岐にわたる救済の論点を表面化させている。

こうして、従来は法律の及びにくい領域を拓き、刑罰的な対応だけでも十全には修復できない領域が創造されだしている。親密さ、家族関係、性愛行動、障害などの領域や関係とかかわる問題行動、逸脱行動、触法行為・不法行為をどう公共政策上の課題にするのかという共通の論点がある。もちろん、社会病理学的な主題として浮上しているのも、事件性、加害性、被害性などとして意識化される問題群ではあるが、そこにはまた治療的、福祉的、教育的な援助ニ

ーズ、つまり回復や修復へのニーズが潜んでいる。あるいは刑罰的な処遇においても、性犯罪者固有の処遇類型が必要だという議論のように、伝統的な刑罰的処遇の様態をも変容させる課題が確認できるだろう。少年事件であれば少年法に即して福祉的教育的な処遇が蓄積されているが、これらの課題は年齢区分を越えた課題として日本社会が対処を求められている新しい問題群である。こうした関係性への公共政策の関心は、ある新しい援助ニーズを創造しつつあると筆者はとらえている。

他にも、薬物依存をめぐる司法と医学の相克、性犯罪をめぐる心理臨床と刑罰との相克などがある。また、家庭内暴力の加害と虐待への対応もグレイな領域が多く、対応に苦慮している。老人虐待、思春期青春暴力や、障害のある人の暴力をとまなう問題行動対応、福祉施設での虐待などへの対応も同じ特性をもつ。

こうして、司法、福祉、心理、教育の連携が必要な分野が拡大する。そのすきまにある何らかの新しい要援助性を含んだ当事者（加害者として俎上にのぼることが多いので、更生的ニーズとでもいえる）たちが表面化しつつあるともいえるだろう。そこには、親であること、子であること、夫であること自体の困難、性的な関心や欲望とその表現形態の問題化、コミュニケーションや対人関係での困難や特別なニーズをもつ場合などが含まれる。

2) 社会病理現象の機能分析と援助的課題の抽出

また、虐待も同じように考えることができる。「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」（平成16年2月27日）が厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室から公表されている。「虐待死亡125事例で

表1 虐待の死亡事例の要素分析

分 類	主 た る 要 素	件数（複数計上）
養育環境（53.6%）	ひとり親家庭（未婚含む）	33
	転 居	29
	地域からの孤立	25
	子連れ再婚家庭	16
	長期分離あり	16
	定職なし（失業・無職）	16
	経済不安	16
	健康診断未受診	12
養育者の状況（38.9%）	育児不安	24
	第1子出産時、母親が10代	19
	養育者の性格的傾向（攻撃的・衝動的）	14
	養育者の感情、情緒不安定	13
	養育者の精神疾患	12
子どもの状況（7.5%）	未熟児	9
	子どもの疾患・障害	8
	発達の遅れ	7

注：「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」（平成16年2月27日）厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室より作成⁶⁾。

みられた支援が必要となりやすい要素の総数延べ440項目」を関連する類型に分け、それを「養育環境に関連する要素53.6%，養育者に関連する要素38.9%，子どもに関連する要素7.5%」と分析している（表1）。

この調査は、「虐待に至りかねない大きな要素の一つ」として「養育力の不足」があると結論している。「このため、養育力を補うことによる虐待の未然の防止や養育力不足の家庭の早期発見による対応が重要」だと考えている。いわゆる「リスクアセスメント」とも言われるように、これらは虐待に連なる事項の「悪のドラマ化」のシナリオだともいえる。「養育力」は個人が保持すべき〈力〉の問題なのかという点が疑問である。個人に虐待の原因を求める発想はなお変化せず、環境を分析する視点は遠因として置かれたままであり、本来は別の何らかの援助ニーズを有した課題をもった層であるという認識が欠落していく。そして、たとえ個人に

そうした力の欠損があったとしてもそれを虐待の問題として構成して援助対象化していくことが妥当かどうかの吟味も要る。成人同士の殺人にはこうした問いはでてこない。家族だから、親子だから出てくる問いなのである。

上記の要素を再構成すれば、離婚と再婚による家族再構成の事例に特有の課題があることがわかる。また、子どもに特別なニーズがあれば発達相談や子育て支援のなかで養育力の課題を再構成すべきだろう。経済不安や失業などは養育力とは相対的には無関係な事柄である。そして何よりも、殺人（子殺し）事例をモデルに虐待としてこれを一括して把握し、対策を練り、最終的には個人の「養育力」の問題として構成するのは無理な連鎖であるだろう。また、殺人事案においてもネグレクト neglect とアビューズ abuse の区別をきちんと行い、個人の養育力問題だけに還元せずに、家庭内暴力の特質である親密さやケアと暴力のかかわりのなかで生成

する陰性感情やコントロール欲求、家族間の心理的關係などの動態分析が加味されることが必要だろう。社会病理としての虐待の定義や臨床社会学としての援助実践の再構築が求められる主題である。

家庭内暴力や虐待に限らず、そう一括するのが困難な事柄がひとつの言葉で表象され、流通されすぎているように思える。不登校、ひきこもりなども同じである。現象や行動様式ではひとくくりにはできる側面があるかもしれないし、対応する社会制度にあわせて何かをなさねばならないという意味では有効なラベルではあるかもしれないが、それ以上にそう総称してしまうことの負の効果も看過できない。そこに「悪のドラマ化」のような性急かつ偏見的な因果連鎖が入り込む、あるいは相互に無関係な相関関係図式が描かれる。そうした社会構築性を指摘しつつ、適切に臨床的な援助実践を組織することが求められる。

3) 社会制度の再編成

さらに、DV を素材にして社会病理学と臨床社会学の相乗的な関係をみてみる⁷⁾。

DV は対人暴力を伴うので、司法による介入が不可避である。米国においては、DV 加害対策をすすめるために司法のあり方を変化させてきた。通例の刑事司法の対象にすることはもちろんだが、DV の行動特性（暴力の長期反復性、習慣的行動化、愛着対象への依存と支配、自己統制の弱さ、男性性に関連する価値観など）に配慮して、薬物依存やアルコール依存への介入経験に学び、DV 特別法廷 domestic violence courts を設置する地域が多くなっている。それにあわせて、民事不介入ではない強い介入主義が公共政策として導入されている。義務的逮捕

の制度 mandatory arrest policy である。検察制度も変化し、no-drop policies が導入されている（原則的に裁判にする）。こうした変化は公共政策として DV を対象にすることを意味している。米国では銃の所持が認められているので、DV が殺人へと至るリスクは高く、暴力発生の通報があれば原則として警察官が駆けつけて逮捕などの介入をおこなうこととした。これを積極的介入主義といい、ゼロトレランス政策 zero tolerance として総称される取り組みの一環をなす。

こうした積極的介入は多数のバタラーを加害者として表面化させた。重大事犯ではない事例も同様に捕捉される。重大事犯であれば刑罰法令を適用することとなるが、そうでない事例の扱いに苦慮することとなった。不起訴処分や保護観察処分以外の選択肢がないからだ。しかし、積極的に非暴力へと加害者を導きたい。加害者処遇の新しい選択肢の開発に迫られたのである。積極的に介入するという政策は、介入の事後策について、非暴力へと加害者を更生させるための従来にはない取り組み、つまり伝統的な更生・矯正政策を越える取り組みを必要としたということだ。非暴力へと行動修正をおこなうための一種のカウンセリング受講制度が確立されたのである。通例、バタラーズプログラム batterer intervention programs と呼称されるプログラムへの参加誘導である。

このプログラムは更生ニーズに応えるためのものであり、問題行動を修正させるための援助であり、そこに国家の意志や公共性を実現させるという課題を含むこととなる。社会防衛と公共的な利害が全面にでつつも、何らかの援助的な介入を必要とする問題群である。その援助的な介入は相当な程度の幅をもつ。換言すれば、そ

のスペクトラムは、触法性の高い行為から、「大人の非行」とでも形容するしかないレベルまでの幅をもつということである。処罰 punishment 以外も、例えば、相談 counseling, 指導 guidance, 教育 education, 指示・教示 instruction, 介入・処置 intervention, 矯正 correction, 更生 rehabilitation などと広い。要するに、「善き生」のための介入である。パターンリズムが跋扈し、従来は共同性のなかに埋め込まれていたことを公共の関心に浮上させたのである。これは、生をめぐるミクロ・ポリティクスと特徴づけることができ、ミシェル・フーコーのいう「生＝戦略」の典型、つまり生への権力作用の戦線拡大という事態だと考えることができる。

こうした司法の変化は、柔構造化した司法であり、白黒を明確にさせる対審構造型の司法ではなく、どちらかといえばグレイな領域へと積極的に展開する問題解決型司法 problem solving courts として特徴づけられている。この過程を総称して治療的司法 therapeutic jurisprudence という。これは法的に問題を解決するだけではなくて、心理的行動的感情的な面での解決や援助も射程に入れた法のあり方を志向するものである。DV, 虐待, 薬物やアルコール依存, 精神障害や発達障害の領域にかかわる司法のあり方として定着している。

こうした家庭内暴力への介入のための制度変更は大規模である。社会病理の特質にあわせて、関連する社会制度の方を「善き生」の実現のために切り替えてきたということなのである。先の「養育力」をはじめとした対応は、個人に問題を帰属させ、既存の社会制度の枠内で解決しようとしているものである。この場合は、家庭内暴力に係わる更生援助ニーズにあわ

せて、社会の環境を再構造化するという仕組みであることがよく分かる問題群なのである。

こうした問題意識は、臨床心理学においても、自らの役割の再構成を意図して、次のような指摘がなされていることと対を成す。「臨床心理学では、実践活動を行うことで、心と社会、あるいは個性と社会性の矛盾に対処してきた。“治療構造”はこのような社会的枠組みのひとつである。…『心』と社会を一旦切り離し、その構造内で個性的な『心』を対象とした心理療法を行うことになる、治療構造は社会に閉じた閉鎖的枠組みである…。治療構造によって『心』を社会から切り離し、そのなかで『心』の深層を扱うといった、日本の臨床心理学が採用してきた従来の方法では対応できない」⁸⁾。この指摘の特徴は、心理臨床の成り立ちの根幹でもある治療構造化への疑問を提起し、信頼関係を担保する関係の変化を求めている点にある。閉鎖空間を開きつつ、なおかつ信頼関係を保つような社会臨床の方へと実践をどのように劈開しうるのか、そしてそうすべき臨床の課題が増えつつあるということを示唆した指摘だと受け止めている。

また、医療、看護や保健、公衆衛生、社会福祉などの cure と care の領域が、社会の領域（ソーシャルなもの）へと当然のことながら射程を伸ばし、パラメディカル、コメディカル、リエゾンナーシングなどとして関心を広げている。生の現実にあわせれば当然のことながら、ソーシャルな、つまり臨床社会学的な主題をもちつつあるといえる事柄だろう。さらに述べてきたように、問題行動への対応に司法の関与が増大し、法化社会と呼ばれるほどに親密圏や私的領域に関与しつつある。また、いじめの加害や非行少年の親への損害賠償請求事件として、民事

裁判を利用した道徳的懲罰を意図する事例も散見される。あるいは、心的外傷を損害賠償の対象にし、傷害とする事例などは社会的な争点となりつつある。法律と心理を架橋するものに多様な社会病理があるといえるだろう。

もちろん、これらの動向は、善き生をめざして親密圏や私的領域に関心をもつ「社会統治」がこうしたかたちでの医療化、心理化を基本にし、社会へとコントロール技術や作動場面を拡大しつつある事態に他ならないことを看過できない。これを「ネットワイドニング netwidening」としての社会統治という⁹⁾。社会病理学を踏まえない臨床社会学は、こうした作用との共犯関係に陥り、それに荷担するという潜在的機能を発揮していることになる。インフォームドコンセント（何のための）、自己決定（誰のための、誰による）、パターンリズム的介入など社会病理を争点にして展開しつつある社会統治の技法のなかに示唆される社会性や共同性の病理を契機にして、それを権力性へと編み上げる力の作用を無視しないためにも、社会病理学に基礎づけられた臨床社会学が必要なのである。

2. 社会病理学が問うべきこと

——共生態への関心——

社会病理を対象にした臨床社会学やその実践は、ミクロ・ポリティクス（ミシェル・フーコーのいう「生＝戦略」）の典型であるという点を踏まえるべきことはいうまでもない。そこには臨床実践と権力作用との関連というスリリングな課題が含まれているからである。この点を踏まえた上で、筆者は、臨床の援助実践は、既存の物語、意味体系、相互作用を脱構築する援助者と被援助者の共同実践過程だと位置づけて

いる。その過程はすぐれて社会学的だと考えている。だから、社会病理学は「生＝権力」の諸相に作用するポリティクスを描き、社会がそのミクロな臨床実践にどのように編み込まれているのかについてを記述することができる。すでに国際的には通用しない社会病理学という呼称が、なおリアリティをもって使用されているということ自体に日本社会が示す病理性がよりよく示されているといえるのだろう。その呼称が喚起し、表象する共同性の病理や日常性の病理のリアルさがある。社会病理学という呼称は、社会有機体論的なイメージを喚起し、医療モデル的な社会の語り方を連想させる言い回しであるので敬遠されるというのは、欧米的な科学論にたった見地である。その生＝権力が作用する磁場としての共同社会の様態には社会病理学として記述しうる関係性の病理が埋め込まれていると考える。非社会的行動、反社会的行動、脱社会的行動が生成する共同性と関係性の様態やそうした行動への社会の反応を記述するにはなお必要な言葉だと位置づけている。諸個人は共同性に係留されてはじめて存在しうることや「世間」と表象される観念的な集団性のなかを生きることの意味世界を描くのに重要な言葉だといえる。

また、社会統治をめぐる軸が社会病理のコントロールにある以上、その動態を描写することや臨床的援助を個人の社会への適応に矮小化させないことにおいても社会病理学は有効に機能するだろう。問題行動の各事例の個別性を強調すると、臨床的な偏奇性や逸脱性が焦点化され、個人へと再帰する因果関係的な解釈図式に陥りやすい。前述したように、虐待の因果連鎖を「養育力」のようにして個人へと帰属させる説明図式が用いられ、社会統治が家族関係をめ

ぐって主題化されていくように。個人に帰属させることの出来ない構造的な問題も含めて「養育力」とくくり、何らかの援助対象者として特別化して動員することに対して、社会病理学はそうした実践のなかに〈社会〉や〈権力性〉の編み込まれ方を提示する。そこには固有の社会学的課題がある。この視点はソーシャルワークを構築主義的にみる視点と重なるところである。

しかし、他方では、なんらかの苦悩や苦痛や不具合があるので、当該の問題行動や行動問題がいかにして成り立ち、維持されているのかについて機能的要素に分解し、さらに別のカテゴリーへとそれらの課題を再構成し、個人の資質以上に、問題行動が発現しているその「環境の障害性」を点検するべきだと考える（先に示した虐待の議論のように）。虐待は「養育力」の問題に、ホームレス、ニートやひきこもりは「意欲」の問題に、DV 加害は「家父長的意識や態度」の問題に、つまり個体の内部へと回帰させるような立論ではない見方をしたいということだ。逸脱行動や問題行動を「行動問題」として相互作用的な行動の連続体として再定義し、そのシーケンスを機能的要素の悪循環として把握し、いわゆる「見立て」をおこなう作業がまずは要るだろう。それは「悪でもなく、病でもない」見地を提示し、処遇し、対応すべき選択肢を増やすことのできる社会制度デザインへの根拠を与える作業となる。当事者が生きる環境への対応として蓄積してきた、つまり何らかの学習の結果としてその「行動問題」をとらえ、それを反転させ、「脱学習 unlearn」するための臨床的な処遇方針の根拠とする。臨床社会学的な援助実践として、「望まれない行動—環境・関係性アセスメント—『行動問題』として

の再定義—選択肢の開発（社会制度デザイン）—脱学習としての臨床的实践—行動変容のアセスメント」が展望しうる。行動と意味のシーケンスを主体的に組みかえることへの援助実践作業が臨床社会学的な介入となる。その作業の過程で、環境が何らかの緊張を強いるような要素をもち、機能しているのであればその環境とのインターフェイスをよくしたり、コミュニケーションのモードを変容させたり、別の行動を引き出す援助的資源を開発したりする。環境の再構造化のほうへと再帰させる過程を可視化させることとして、臨床社会学的な介入を行うことは有意義である。

また、自己決定や自己責任などの問題群の背後に、社会の意味づけ作用を解説する指向も同じ作業である。たとえば、尊厳死は誰のためにあるのか、脳死は何のための死なのか、生体間移植はどうして日本で先端化するのかなどの問いである。ここで劈開される問題群に臨床社会学は応答せねばならないだろう。臨床哲学、社会倫理、社会哲学そして生命倫理からの問いを臨床社会学的な問いとして捕捉する作業である。

しかし、そうした脱構築作業を臨床社会学との架橋によって可能にすることの確認とは別に、社会病理学はその役割を別の角度からも発揮できるだろう。それは、マクロな社会病理性の指摘に終始するのでもなく、ミクロな個別の同化的な調整に閉じるのでもなく、その〈あいだ〉にある関係性や共同性の様態をクリアにすることにある。ミクロな臨床の個別的事例が示唆する関係性や共同性の病みを語ることをとおして文化の動態を把握することができる。

対人援助の領域において用いられているナラティブアプローチ narrative approach はその一

つだと考えている。これは当事者との相互作用の磁場にある間主体的なコミュニケーションとしての新しい援助の考え方である。クライアントの物語を聴き、社会の支配的なストーリーを内面化したストーリーとは異なる、未だ語られていない対案のストーリーを描こうとするアプローチである。社会病理学はその対案のストーリー形成をとおして、社会の病理を個人の病理として感受した人びとの物語をこそ徹底して記すことが可能となる。個人に再帰しない、個人を前景化しない、個人がそう選択せざるを得なかった軌跡のなかに「環境のもつ障害性」を描写することができる。そうした作業を経由してこそ、援助や回復や修復という個人への援助に徹することでみえてくる環境の再調整、再構造化、援助選択肢やメニューの布置連関について事例をとおして臨床社会学は問うことが可能となる。その手続きがなされない臨床社会学的な援助や介入は、生=権力のなかではたんなる適応指導にしかならない。筆者は、ナラティブアプローチや物語論的なストーリー分析、セルフヘルプや当事者主義の隆盛、エンパワメント empowerment やストレングス strength という援助の理念などがここに重なる方法だと位置づけている。

社会の様態を記述するという意味では、社会病理学の思考は、社会の抑圧性をもとにした精神分析学を社会分析の方法として再構成したフロイト左派の議論と親和性が高い。しかし、日本社会にあっては、こうした抑圧態というよりは、共生態としての社会のなかでの呻吟を把握しようとした精神分析学的な人間把握が示唆的だと考えている。このナラティブアプローチは、「甘えの理論」（土居健郎）、「述語的世界」（中村雄二郎）、「〈あいだ〉の病い」（木村敏）、「日本語臨床」（北山修）らと共振しあうアプローチである¹⁰⁾。

こうした人間学的な精神病理の把握は、文化に拘束され、抗い、翻弄され、躊躇する心的、言語的、精神的な事態を把握しようとしたものであり、共同性と関係性の内実を成すものとして社会病理学との接合ができるだろう。あるいは病跡学的な文化分析もこうした系に属するものであるだろう。

例えば、社会を批判しようとした反精神医学との距離化について木村は語る。

例えば、社会を批判しようとした反精神医学との距離化について木村は語る。

「たしかに、個人の異常をその根源にまで達するようなしかたで問おうとするならば、個人がそこから、そこへ向かって生い立ち、その中で生きて行かなければならぬ社会全体、時代全体、あるいは人類全体の体制の問題を避けて通ることは許されない。ただここで、個人の異常とは社会がそうみなしているだけのものであるから、社会のほうを改革すれば異常が異常でなくなる、という議論のもって行きかたは、あまりにも近視眼的である。また、社会が狂っているから個人も異常になるのだというごとき安易な断定にも、この異常な現代にあって正常な精神を持っていること自体が異常なのだという式の機知に富んだ逆説にも、十分に警戒してかからなくてはならない。社会の異常と個人の異常との関係は、ふつうに考えられているほど単純なものではない。」

精神の病に即して木村敏は「外的不承認」と「内的不承認」という言葉でこう指摘する。「外的不承認」とは、相互作用において常識や合理性を持たない人に対して社会の側がその相互作

用者としての能力を認めない事態を指す。精神の病において相互作用のなかで時に示される「非常識な行動や非現実的で不可解な妄想」それ自体が問題なのではなくて、そういう行為を選択せざるを得ない事情が問題になる。当人にとって「常識や合理性がもはや有効な拘束力をもちえなくなった危機的な事態」である。それが「内的不承認」である。

『生きて行くのに絶対必要な感覚』が、『だれもがもっている基本的な筋道』が、『確かな生命感情のようなもの』が、『生活の勘のようなもの』が自分には欠けているという絶望的な苦痛が表現される。精神病者に対する社会の側からの排除と差別にもまして病者を逃げ道のない窮地に追い込むのは、自己がみずからの存在の根拠を確認しえないことについての、この徹底的な自己不承認なのである。…個人がみずからの根底における常識と合理性の欠如をみずから告発するこの姿勢は、そもそも何なのか。この姿勢は、その個人が人類の一員として、人類がその長い歴史を通じてなしとげてきた自然からの離脱、存在の個別化、常識と合理性を軸とする文明の形成などという過程に、みずからの実存において参加しようとする努力を示すものではないだろうか。…彼の属する社会の文明の程度が高く、合理化が進んでいればいるほど、彼に課せられる合理的個別化の課題はいっそう酷しいものとなり、彼はそれだけ容易に自己自身に対して絶望しなくてはならなくなるだろう。」

反精神医学的思考は社会病理学におけるラベリング理論と通底する問題意識をもっている。ここで木村敏氏を引用して語りたかったのは、

そして先に示した一群の精神分析学的な精神病理の人間学的理解が共に取り上げていることは、さしあたり、日本語を話し、日本社会にネイティブとして生き、日本文化を日常として暮らす者が、その日常という自明の世界に自己を首尾良く係留できず、何らかの不都合や不具合が生じていることの重みである。そのことを他者がどうまなざすのか、そのまなざしをその当人がどう内面化し、自縛しているのかなどの問いから学ぶことは、そこで作用している共同態の姿をとらえる視点の確かさである。精神を病むことに示唆される共同性の様態をこそ把握したいのである。その共同態や共同意識が、身体、常識、慣行、物語などの実践態となっているのだが、そこからの逸脱を検討するのに、こうした理解は深い洞察を与えてくれる。分析対象としての抑圧態よりも共生態と先に指摘したのはこうした諸点を念頭に置いてのことである。

さらに、情動から制度までを射程に入れた理論としての中村雄二郎氏の言う「述語的同一性」は、主語的同一性による認識ではなく、「一つの主語に同時にいわば無数の述語が見つけられる」、「述語的同一性による思考は、主語的同一性にもとづく通常の論理によって統一されている現実を問い直し、惰性的に統一された総体に亀裂を与え、それをばらばらに分解する力をもっている」、「私が述語的世界というとき、それはなによりも、この世のさまざまな拘束、束縛、約束事、制度、法則などによって支配されず、そこから解き放たれた世界、カオス的でもあれば欲動的でもあるような世界を指している。しかしそれは、まったく無垢の世界ではなく、とくに言語とのかかわりのうちで、その原初性があらわれる」ような、「場所のなかでの

具体的な思考」だという。本稿で述べてきた共生感覚や意識としての社会性や共同性との関連で社会病理を説きたいと考える筆者にとっては大変な方法的視座である。

そして、日本語臨床を説く北山修氏の著作は、日本語という思考と感性の共有の上に成り立つ臨床的な対話の可能性を見いだしており、ナラティブアプローチのいう物語論的な臨床の転回を考え、環境の意味的再構成につながるものとして参考となる。精神と行動の病いを発現させる文化の様態を把握しようとしてきたものとして、社会病理学を日本社会に即して展開する際の参考になるモデルである¹¹⁾。

もちろん、デュルケームも、フロイトも語った「人間が人間に対して神となる時代」¹²⁾の社会病理学はこうした共同性に係留され、そして個人化され、社会化される過程での日常への反抗、対応、適応、順応、背反、無視などとして構成されていく事態を捕捉してきた。それはアノミー、エゴイズム、集団本位主義、人格崇拜、他者志向型社会などの概念である。また、非行理論や逸脱行動の理論においても、中和化の技術、漂流理論、ボンド理論などの蓄積がある。これらの概念群は臨床社会学としても継承すべきだと考えている。

とりわけ、非行と被虐待体験の関連、虐待の世代間連鎖、心的外傷からの回復に阻害となる社会の無理解との関連などが共同性の様態を介した問題領域というテーマ性をもつ。これらはソーシャルワーク的な臨床実践が求められる領域でもある。共同性の様態を「環境の障害性」と再把握し、コミュニケーションモードとして非社会的行動、反社会的行動、脱社会的行動をとらえ、環境がもつ障害性を縮減していくこととして位置づけ直すことを社会病理学と臨床社

会学のリンクは可能にする。具体的には、司法臨床的实践、ファミリーソーシャルワークやスクールソーシャルワーク、若者支援とかかわるユースサービスなどの方向へと展開する選択肢を提示することもまた臨床社会学の課題となる。さらに、動機づけられていない、自発的ではないクライアントへの指示的かつ指導的なカウンセリングも臨床心理の社会性ある実践としては重要となる¹³⁾。

3. 臨床の社会性を問うこと

——〈場〉を対象とした臨床社会学の方向へ——

社会病理学を前提にした臨床社会学の試論についての理論的課題をまとめておこう。その第一の課題は、〈場〉についてのことである。

臨床社会学はその臨床が成り立つ〈場〉をその主題の一つとする。だから〈臨場性〉ということが重視される。〈場〉とは対人援助の場面でよく用いられている。先に指摘したソーシャルな領域へと広がるQOLの課題などはこの〈場〉が対象となっている。臨床心理の対話も〈場〉であるし、セルフヘルプグループも回復のための〈場〉である。不登校への支援にかかわって「居場所」が定着した。ひきこもりから社会へと再参加する過程にも家族でもなく職場でもなく学校でもない別の場が援助の際には必要となる。薬物事犯で服役あるいは、執行猶予が付された場合の回復の場としてグループホームやデイケアが効果的な機能を果たす。精神障害者の社会進出の場としてもそうしたグループホームやコミュニティケアは機能的である。こうした意味での〈場〉はセルフヘルプグループ、家族会、被害者の会など多様にあり、そこで作用している力を利用して社会への再参加が

あり、社会もそれをフィードバックさせて異化される。もちろん二者関係へと治療構造化するカウンセリングのためのセラピールームも〈場〉となる。こうした〈場〉というのは、社会的な機能や役割を有している。多様な臨床社会的なフィールドが〈場〉にはある。

本稿では主に家庭内暴力を素材にして検討したが、社会病理性のある出来事をとおして生まれる関係変容のための〈場〉の意味については臨床社会学として一般化して主題化したい事柄である。もちろん、それとは逆のベクトルで、〈場〉が帯びる共同性の抑圧的な作用については、いじめやカルト的集団や非行集団の作用についても考えることができるだろう。ここで例示したような〈場〉は、先に指摘した共生態が体现され、関係性が凝縮されたものとしてある。その共同性の紐帯の強弱は多様である。病氣、障害、事件・事故、生きづらさなどを基軸にする関心による紐帯から、ネット上の紐帯のような仮想的な弱い紐帯、暴力などによる結束とでもいうべき社会病理性の高い紐帯にまで至る幅広さがある。臨床的な援助の諸課題もこうした紐帯の広がりや深さに対応して自ずと扱う変数が多層的となり、〈場〉としての特質を帯びることとなる。学校臨床（教育臨床）、家族臨床、産業カウンセリング、司法臨床（司法福祉）など個人をケアするための〈場〉の設定とそこへの介入が不可欠な課題がある。そして、被災地というコミュニティ、被害者集団（被害者の会）、不登校やひきこもり当事者の親の会などの〈場〉は情動的なエネルギーを社会的なものへと編み上げ、個人に影響を与え、社会化された課題を提示する変換器のような役割を果たし、すぐれて社会的な特質を有している。臨床社会学はそうした過程を丁寧に既述するこ

とができるアプローチだと考えている。

臨床社会学の展開にとっての第2の課題は、臨床的課題の社会性の明示である。問題行動や逸脱行動への援助的な対応は、個人の社会的適応を促すということとなる。しかしその問題行動の表れ方や逸脱行動の背景にはやはり社会性が刻印されている。事件として表面化する家庭内殺人事件のような事例では「階級の傷あと」、「貧困の文化」、「問題対処行動の世代間継承」のような社会的側面が確認できる。これを子ども虐待、DV、ひきこもり、老人虐待、触法精神障害者問題などとして社会問題化した言説で定義することとなるが、語る必要のある社会性の水準と関係性の病理はそうした言説とは異なる係留点を持つだろうことを明示するのも社会病理学に基礎づけられた臨床社会学の課題である。

さらに第3の課題は、なんらかの問題からの回復と解決を十全なものにする際にもつ社会の意味づけや物語構造の転換の必要性を提示することである。家庭内暴力の加害への更生援助が進展しないこと、薬物依存者への対応に回復の機会と援助が少なくとも公的にはないこと、いじめを学校で問題視すれば被害者を責めるような二次加害的な反応が生起すること（「いじめはない」言説や否認の弁明、いじめられた側にも落ち度があったなど）、ひきこもりやニートや不登校問題になおつきまとう意欲の問題への還元などに示されるような社会の側の反応の再構築である。臨床社会学がこの側面を指摘することがないと個人の病みからの回復も十全ではない。

最後に、第4の課題は、自己決定に係わる領域にある。何らかの援助関係が一般には「契約」とおして成り立つという意味ではケアは

ヒューマンサービスとして社会的な存在性を保つ。社会福祉基礎構造改革という政策動向（措置と契約）、福祉サービスの第三者評価の推奨、医療におけるインフォームドコンセントなども同様に、キュアやケアをサービスとして社会化した言い方である。その際に考慮されなければならないことは、対人援助の臨床的实践には援助する者とされる者が「契約」の対等な当事者としてたちあらわれにくい固有の事情があることである。筆者なりに整理すると、1)情報の非対象性（専門援助につきまとう情報の格差あるいは理解や応用や結果予測の非対等性）、2)選択肢の不足（社会的なサービスの絶対量の不足）、3)判断能力の補足の必要性（何らかの形態での権利保証の必要性）である。こうした諸点を踏まえ、「援助つき自立・自己決定」についての体系を提示することにも臨床社会学が社会制度へとアドボケイトする役割がある。

おわりに

社会病理学は、非日常性としての逸脱と社会の反応を表す共同性というまなざしの様態を照射するものとして、その病んだ関係性と日常性を語る。こころ、情動、感情といわれる、いわゆる臨床心理が扱ってきた事柄、精神分析が扱ってきた深層意識なども同様に、こうした回路をとおしてその社会的性格を語ることが必要だろう。

更生ニーズとの関連で焦眉の課題として臨床社会学的な実践が期待される領域が広がっていることを指摘した。それは「行動修正へ自らを導く〈自発性〉を、〈強制的に〉加害者の内面に開発する」課題だと考えている^{14,15)}。強制されたカウンセリング命令、つまりこれは一種の矛

盾である。しかし自己決定を保障し続けつつ〈正義〉もまた実現する工夫は、自由な社会が編み出さねばならないコミュニケーションの様態である。「学習」とは主体的行為だが、同時に主体の変革が必然化されてもいる。これは「脱学習」の側面である。学習モードの変換を通じて脱暴力が個々人に結果的に強制されていくことが、この矛盾を止揚する最適方法だ。個人の内面の資質ではなく、そうした〈場〉の創造とそこへの参加をとおしたコミュニケーションモードの変換を選択肢として用意することに社会の課題があるのだろう。少々ランダムに提示した先の4つの課題であるが、臨床社会学はそうした示唆を社会病理学の知見に依りながら提案できると考えている。

注

- 1) 本稿は、第19回日本社会病理学会大会（2004年9月25日、於山口大学）での書評セッションシンポジウムでの筆者の発表をもとにしたものである。『社会病理学講座』全4巻（日本社会病理学会編2003-2004年、学文社）は以下のとおりの内容である。『社会病理学の基礎理論』（第1巻）、『欲望社会——マクロ社会の病理』（第2巻）、『病める関係性——ミクロ社会の病理』（第3巻）、『社会病理学と臨床社会学——臨床と社会学的研究のブリッジング』（第4巻）。また、「臨床社会学の可能性」と題した座談会においても本稿と同様の主旨の発言をしている。中村正・野口祐二・石川洋明「臨床社会学の可能性」、『アディクションと家族』第20巻4号、日本嗜癮行動学会、2003年。
- 2) 社会病理学という呼称で何かを語りうるといふこうした関心は、佐々木嬉代三氏の「社会病理学の復権」という論文に示唆を受けたものである。氏は早い時期からこうした関心に基づく提起をされていた。それは以下のようなものである。「病理的とされる出来事を通じて現存の社会秩序を問題化すること」、「社会病理学の復権

は…社会病理学が社会診断学としての性格を取り戻すところにはじまる」,「自明視され,したがって自覚されることのない,対人関係をつかさどるコードや隠されたイデオロギーを暴くことであり,これらのものに規定されることによって我々の日常性が病み,しかも病むことを知らずして自らに背くものを忌み,嫌い,恐れ,おののき,それによって我々の日常性にいっそうの屈折と猥雑をもたらしているであろうことに,目を開いていることなのだ」。この指摘を現在の社会病理学の現実に即して筆者なりに検討してみたのが本稿である。この指摘以外にも,先生からは社会病理学の何たるかを教わることは多かった。佐々木嬉代三『社会病理学と社会的現実』学文社,1998年,78-80頁。

- 3) ヘイト／フォビアは伊藤公雄氏の指摘である。『インパクション』143号,2004年9月号。また,内閣府は「社会病理研究——安全・安心な社会を目指して——」と題する研究会を組織し,ヘイト／フォビアを煽りかねない要素をはらみつつ,こうした見地からの社会病理の把握を進めている。http://www.esri.go.jp/jp/prj/social/social_main.html (2005年5月23日)。また,同じく,「安全・安心に関する特別世論調査」を実施し,社会病理を軸にした社会統治への意識の構築作用を発揮している。この概要(平成16年7月)は以下のサイトに全文掲載されている。<http://www8.cao.go.jp/survey/tokubetu/h16-anzen.pdf> (2005年5月23日)。
- 4) 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」にもとづく厚生労働省ガイドラインによると,指定入院機関は,重装備の閉鎖病棟が急性期(3ヶ月),回復期(9ヶ月),社会復帰期(6ヶ月)の計18ヶ月を目標にユニットに分けられ,治療はリスクアセスメントとリスクマネジメントを中心としている。身体拘束などが明記され,強力な薬物の使用,外出,外泊も職員の監視下でないと認めないなど,人権侵害的なものとなっている。
- 5) イギリスのペアレンティング・オーダーは以下の内容である。問題行動をおこした子どもをもつ親を援助するための命令制度であり,刑事,

民事,家庭裁判所の法的手続きによって発令されるものである。1998年から試行的に実施されている。10-17歳の非行を犯した子どももしくは性的な加害行為を行った子どもをもつ親もしくは親権者に向けた命令。10歳未満の同様な子どもをもつ親に対しては子どもを保護するための命令がだされる。これは子どもを学校に通わせていない親にも課される命令である。カウンセリングあるいはガイダンスのセッションに参加することを要請する命令が第1にある。これは子どもの扱い方を指導されるもの。標準的な行動を身につけさせ,3ヶ月程度の受講を義務づけるセッションである。これらの命令に違反した親は罰金を科せられる。イギリス政府のHome Office(内務省)のホームページで内容を見ることができる。<http://www.homeoffice.gov.uk/docs3/parentingorderguidance.pdf> (2005年5月23日)。なお,このイギリスの政策動向については,産業社会学部の斎藤真緒氏に教示していただいた。

また,これと関わり,社会病理学的には,「割れ窓理論 broken windows theory」の検討が必要である。これは軽微な犯罪も徹底的に取り締まることで凶悪犯罪を含めた犯罪を抑止できるとする犯罪学上の理論である。「建物の窓が壊れているのを放置すれば他の窓もまもなく全て壊されるだろう」との考え方に由来するアプローチの総称である。平成14年度版『警察白書』において,警察庁は「犯罪に強い社会を構築するためには,これまで取締りの対象外であった秩序違反行為を規制することにより犯罪の増勢に歯止めを掛けることも重要な対策の一つであると認められる」と指摘し,虐待やDVなど本稿で取り上げた社会病理の拡大を根拠に,割れ窓理論に基づいた犯罪対策を採るという。この動向は,善き生や健康に力点を置く生=権力の一環を成している。親の義務強化のイデオロギーだけではなく,反ボルノ運動,環境美化,治安パトロールの強化などとも符号する。ジョージ・ケリング, C. M. コールズ『割れ窓理論による犯罪防止——コミュニティの安全をどう確保するか』小池信夫訳,2004年。

- 6) この研究は、厚生労働省のサイトから閲覧できる。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-01.html>, (2005年5月23日)。
- 7) 筆者のDVに関する詳しい見解は、『ドメスティック・バイオレンスと家族の病理』（作品社, 2001年）, 「DV——加害者をどうするのかという問題が問いかけること」（『現代のエスプリ』第441号, 2004年）, 「ドメスティック・バイオレンス加害者対策はどんな課題を提起しているのか」（日本家族心理学会編『家族心理学年報』第22号, 2004年）などを参照。
- 8) 下山晴彦「社会臨床心理学の発想」, 『講座臨床心理学 6 ——社会臨床心理学——』, 東大出版, 2001年。
- 9) 沼崎一郎氏との対談, 「脱暴力の政治——DV問題をめぐる国家／社会／男性性の権力作用」『情況』, 2005年6月号, 情況出版。
- 10) 北山修著作集全三巻, 『日本語臨床の深層』（第一巻）, 『言語の橋渡し機能——およびその壁』（第二巻）, 『自分と居場所』（第三巻）, 1993年, 岩崎学術出版。『幻滅論』みすず書房, 2001年など。中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波新書, 1992年, 『述語的世界と制度』岩波書店, 1998年。木村敏『人と人との間——精神病理学的日本論』弘文堂, 1973年など参照。これらの精神分析学的な人間論や文化論などを踏まえた共同性や関係論と社会病理学の関係については別の機会に改めて論じることとしたい。
- 11) こうした問題関心は、第13回日本語臨床研究会大会（2005年4月, 於甲南大学）のシンポジウム「踏みとどまること・踏みこえること」で発表した内容と重なっている。臨床の対話が日本語という文化体系を背景に成り立つ以上, 言葉が紡ぐ物語, 意味づけ, 自然観や人間観などが重要だという日本語臨床という発想は, こうした共生態の存在に気づききっかけとなった。
- 12) フロイト「文化への不満」『フロイト著作集第三巻』人文書院, 1986年。エミール・デュルケム『社会分業論』青木書店, 1986年。
- 13) Miller, W, and Rolling, S, *Motivational Interviewing: Preparing people for change*, second edition, Guilford Press, New York, 2002. などをはじめとして, 動機づけられていない当事者やクライアント, 自発的ではない当事者やクライアントとの対話をどのように進めるのかについての実践や研究は多数ある。少年非行領域の研究とも重なるが, 変化の技法も含めて本格的に紹介, 検討したい課題である。
- 14) 中村正「暴力加害に向き合う——ジェンダーと男性性の視点をとおして——」『精神療法』第31巻第2号, 2005年。
- 15) 男性性の研究とコンネルロバート・コンネル著『マスキュリニティーズ——男性性のジェンダー社会科学（仮題）』（中村 正・伊藤公雄共監訳, 新曜社, 近刊）

An Endeavor to Create a New Arena in Sociology: the development of the field of clinical sociology

NAKAMURA Tadashi *

Abstract: The traditional theory in social study on social problems, known as “social pathology” in Japan’s sociological community, is in crisis. We associate the name of social pathology with the Social Darwinism. There has been a great shift in research methods on social problems. Many sociologists would like to identify themselves as researchers of deviant behavior and anti-social behavior, under the name of clinical sociology. This is the why “clinical sociology” is becoming the popular label. It is a multidisciplinary, humanistic field that assesses and reduces problems through critical analysis and intervention. The role of the clinical sociologist can be at one or more levels of focus from the individual to the inter-societal. But I think it is necessary to understand all kinds of undesirable behavior in the social context of exclusion through the collective consciousness and inter-subjective relationship. The term “social pathology” can still be used to express this dark side of communal life. This paper defines clinical sociology and observes the possibilities of this new arena in relation to social deviance and the labeling process.

Keywords: social pathology, clinical sociology, labeling, social governability

* Professor, Faculty of the Social Sciences, Ritsumeikan University